

Reinhold Kerbl, Karl Reiter, Lucas Wessel

Referenz Pädiatrie

Anna-Lena Lentzen, *Jan-Christoffer Lüers*

Angina tonsillaris

Anna-Lena Lentzen, Jan-Christoffer Lüers

Steckbrief

Bei der Angina tonsillaris handelt es sich um eine akute oder chronische Entzündung der Gaumenmandeln (Tonsillae palatinae). Die akute Tonsillitis ist meist viral oder durch β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A verursacht. Dabei kommt es zu Symptomen wie Halsschmerzen oder Odynodysphagie. Die Erkrankung ist meist selbstlimitierend. Bei einer bakteriellen Infektion und protrahiertem Verlauf kann eine leitliniengerechte Antibiotikatherapie indiziert werden. Bei rezidivierenden Tonsillitiden treten wiederholt akute Entzündungen bei symptomfreien Intervallen auf. Die Indikation zur operativen Resektion der Tonsillen wird heutzutage strenger gestellt und orientiert sich an der Anzahl akuter Tonsillitiden pro Zeitintervall.

Synonyme

- Mandelentzündung
- Gaumenmandelentzündung
- GAHBS
- Angina
- Angina tonsillaris
- Tonsillitis

Keywords

- Angina
- Tonsillitis
- Gaumenmandeln
- Streptokokken

Definition

Bei der Angina tonsillaris handelt es sich um eine akute oder chronische Entzündung der Gaumenmandeln (Tonsillae palatinae).

Epidemiologie

Häufigkeit

- Die Krankheitsbilder der akuten und chronische Tonsillitiden befinden sich laut dem Statistischen Bundesamt unter den 20 häufigsten Diagnosen bei vollstationär behandelten Kindern im Alter von 0 bis <15 Jahren in Deutschland.

Altersgipfel

- Generell kann die Erkrankung in jedem Lebensalter auftreten.
- Ein jahreszeitlicher Gipfel besteht für die akute Tonsillitis im Winter und frühen Frühling.
- Eine Streptokokken-Angina ist für 5–15% aller Rachenentzündungen im Erwachsenenalter verantwortlich (Kinderalter 15–30%).
- Bei Kleinkindern (Alter <2 Jahre) sind bakterielle Tonsillitiden deutlich seltener.

Geschlechtsverteilung

Für die Angina tonsillaris gibt es in der Literatur keine spezielle Geschlechtsverteilung oder prädisponierende Faktoren.

Prädisponierende Faktoren

nicht benannt

Ätiologie und Pathogenese

- Erreger:
  - viral: EBV, Influenza-/Parainfluenza, Rhino-, Entero-, Corona-, Coxsackie-, Herpesviren, RSV u.a.
  - bakteriell: β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (GAHBS), der Gruppen C und G, Haemophilus influenzae, Corynebakterien, Neisseria gonorrhoeae und die bakterielle Mischinfektion aus Fusobacterium nucleatum und Borrelia vincentii (Angina Plaut-Vincent) u.a.

Klassifikation und Risikostratifizierung

- Die Einteilung der Angina-Krankheitsbilder ist in Tab. 139.1 aufgeführt.

Tab. 139.1 Einteilung der Angina-Krankheitsbilder.

Krankheitsbild	Erreger	Tonsillenbefund	Begleitsymptomatik
Angina tonsillaris			
Angina catarrhalis	viral; bakteriell (GABHS)	rote und geschwollene Tonsillen	variable Symptomatik (s. Symptome), meist Tonsillopharyngitis
Angina follicularis		eitrig belegte Tonsillen (gelb-weißliche Stippchen)	
Angina lacunaris		grau-weiß streifig belegte Tonsillen (Fibrin)	
weitere Krankheitsbilder			
Scharlach	Exotoxin der GABHS (Strep. pyogenes)	Tonsillopharyngitis, Enanthem Gaumen, Himbeerzunge	hohes Fieber, Wangen gerötet mit perioraler Blässe, feinfleckiges makulopapulöses Exanthem
EBV-Tonsillitis (Mononukleose)	Epstein-Barr-Virus	Tonsillopharyngitis mit starken weiß-gelblichen Belägen, stark geschwollene Tonsillen („kissing tonsills“)	generalisierte Lymphadenitis, ggf. Splenomegalie und/oder Hepatomegalie
Angina Plaut-Vincent	Fusobacterium nucleatum und Treponema vincentii	meist einseitige, schmierige Nekrosen, blutende Ulzera, grau-weiße Beläge, starker Foetor ex ore	
Herpangina	Herpes-simplex- oder Coxsackie-Viren	Bläschen und Ulzerationen auf Tonsillen, Gaumenbögen, Uvula	Fieber, reduzierter Allgemeinzustand
Angina agranulocytotica	Analgektika, Sulfonamide, Thyreostatika u.a.; Knochenmarksdepression	Nekrosen, tiefe Ulzera, Foetor ex ore	Fieber, keine Lymphadenitis, stark reduzierter Allgemeinzustand
Soor-Angina	Candida albicans	weißlich-abstreifbare Beläge auf den Tonsillen und der Mundschleimhaut	eher bei Säuglingen oder bei immungeschwächten Patienten

Krankheitsbild	Erreger	Tonsillenbefund	Begleitsymptomatik
Rachendiphterie	Corynebacterium diphtheriae	vulnerable Pseudomembranen auf den Tonsillen, faulig-süßlicher Foetor ex ore	Kehlkopfdiphtherie imponiert als echter Krupp

Symptomatik

- häufig: Halsschmerzen, Odynophagie, Dysphagie, Foetor ex ore
- regelmäßig: Aphagie, schmerzhafte Mundöffnung, Hypersalivation, Fieber, Abgeschlagenheit, schmerzhafte Lymphadenopathie der Kieferwinkellymphknoten
- selten: Kieferklemme (Verdacht auf Peritonsillarabszess!), kloßige Sprache, Übelkeit, epigastrische Beschwerden, Erbrechen, Stridor

Merke:

Eine Kieferklemme ist bei einer akuten Tonsillitis ein Hinweis auf einen Peritonsillarabszess!

Diagnostik

Diagnostisches Vorgehen

- (Fremd-)Anamnese mit Fokus auf Dauer und Intensität der Beschwerden
- Die Inspektion beider Tonsillen ist hiernach der Eckpfeiler der Untersuchung.
- Eine Bildgebung ist primär nur bei starker unübersichtlicher Peritonsillitis z.A. eines Peritonsillar- oder Parapharyngealabszesses und insgesamt selten indiziert.

Anamnese

- Erfragen bestehender Beschwerden und anderer Grunderkrankungen
- Dauer und Intensität der Halsschmerzen, Fieber, Luftnot, erfolgte Behandlung bisher
- Abklärung einer chronischen Tonsillitis: Frage nach Anzahl vorangegangener (antibiotikapflichtiger) Tonsillitiden in den letzten 12 Monaten

Körperliche Untersuchung

- körperliche Untersuchung mit Inspektion des Pharynx und der Tonsillen
- bei großen, tief ziehenden Tonsillen und bei Stridor auch indirekte (endoskopische) Laryngoskopie
- Palpation der zervikalen Lymphknotenstationen

Labor

- Entzündungsparameter (CRP, Leukozytose)
- Bestimmung des Antistreptolysin-Titers als nicht sinnvoll angesehen
- ggf. EBV-Schnelltest

Mikrobiologie

Kulturen

- optional Tonsillenabstrich mit dem Ziel, eine A-Streptokokken-Infektion nachzuweisen und den Einsatz von Antibiotika zu überprüfen

Serologie

- EBV-Serologie bei Verdacht auf eine akute Mononukleose

Bildgebende Diagnostik

- Indikation zur Bildgebung bei Verdacht auf Abszess mit unklarer Ausbreitung

(Parapharyngealabszess)

Sonografie

- Sonografie der zervikalen Lymphknoten und der Tonsillen bei V.a. Abszess
- bei unkomplizierter Tonsillitis in der Regel nicht indiziert

MRT

- bei V.a. Peritonsillar-, Parapharyngeal- oder Retropharyngealabszess mit unklarer Ausdehnung
- bei typischer Klinik nicht obligat notwendig

Differenzialdiagnosen

- Die Differenzialdiagnosen der Angina tonsillaris sind in Tab. 139.2 aufgeführt.

Tab. 139.2 Differenzialdiagnosen der Angina tonsillaris.

Differenzialdiagnose (absteigend sortiert nach klinischer Relevanz)	Häufigkeit der Differenzialdiagnose im Hinblick auf das Krankheitsbild (häufig, gelegentlich, selten)	wesentliche diagnostisch richtungsweisende Anamnese, Untersuchung und/ oder Befunde	Sicherung der Diagnose
Tonsillenhyperplasie	häufig	übermäßige Stimulation des Immunsystems	ggf. Tonsillotomie bei obstruktiver Schlafapnoe
Malignom (v.a. Lymphom) im Bereich der Tonsillen	selten	Hyperplasie und ggf. Asymmetrie der Tonsillen	Probeentnahme

Therapie

Therapeutisches Vorgehen

- symptomatische Therapie, bei bakterieller Infektion zusätzlich Antibiotikum
- Eine Antibiotikatherapie ist primär sinnvoll bei einer durch A-Streptokokken hervorgerufenen akuten Tonsillitis (GABHS: Gruppe-A-β-hämolysierende Streptokokken).
- Um hierfür nicht bei jedem Patienten auf einen Abstrich angewiesen zu sein, kann die Wahrscheinlichkeit einer GAHBS mithilfe des McIsaac-Scores abgeschätzt werden.
- Beim McIsaac-Score (entspricht einem modifizierten und erweiterten Centor-Score) wird für die folgenden Kriterien bei Zutreffen jeweils 1 Punkt vergeben:
  - Fieber in der Anamnese (>38°C)
  - kein(!) Husten
  - geschwollene und druckschmerzhafte Halslymphknoten
  - hyperplastische oder belegte Gaumentonsillen
  - Alter (<15 Jahre (+1), ≥45 Jahre (−1))
  - Bei 4 oder 5 Punkten beträgt die Wahrscheinlichkeit einer GAHBS laut Studien ca. 50%.

Konservative Therapie

- periphere Analgetika
- Antipyretika
- Hydrierung
- körperliche Ruhe
- weiche Kost
- bei akuter Rhinitis zusätzlich abschwellende Nasentropfen

Pharmakotherapie

Streptokokkenangina

- Therapieempfehlung für Kinder (3–15 Jahre):
  - Penicillin V (1. Wahl) 50000–100000 IE/kg KG/d p.o. in 3 ED, Therapiedauer 7d
  - Benzathin-Penicillin V 50000 IE/kg KG/d p.o. in 2 ED; Therapiedauer 7d
  - alternativ: Cefadroxil (Cephalosporin der 1. Generation) 50 mg/kg KG/d p.o. in 2 ED, Therapiedauer 5d (bei Rezidiven, Mischinfektionen oder schlechter Compliance)
  - bei Penicillinallergie: Makrolid, z. B. Clarithromycin 15 mg/kg KG/d p.o. in 2 ED für 5d oder Clindamycin (20mg/kg KG/d p.o. in 3 ED)
  - Glukokortikoide bei drohender Verlegung der Atemwege durch die entzündeten Tonsillen

> **Cave:**
>
> Bei einer EBV-Tonsillitis (akute Mononukleose) kann Aminopenicillin ein Arzneimittelexanthem auslösen.

Operative Therapie

- Gemäß der Leitlinie [1] ist eine vollständige operative Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) dann eine Option, wenn ≥6 eitrige Tonsillitiden innerhalb von 12 Monaten bestehen, welche ärztlich diagnostiziert und mit Antibiotika therapiert wurden.

> **Cave:**
>
> Nach Operationen an den Gaumenmandeln besteht potenziell ein lebensbedrohliches Nachblutungsrisiko, sodass die Indikation zur operativen Behandlung wohl überlegt sein muss.

Verlauf und Prognose

- günstiger Verlauf mit hoher Spontanheilungsrate innerhalb von ca. 10d
- Komplikationen:
  - Peritonsillar-/Parapharyngeal-/Retropharyngealabszess
  - tonsillogene Sepsis
  - Lemierre-Syndrom (Thrombose der Halsvenen durch Fusobacterium necrophorum)
  - rezidivierende akute Tonsillitiden
  - immunogene Folgekrankheiten nach Streptokokkenangina:
    - akutes rheumatisches Fieber (ARF)
    - akute Poststreptokokken-Glomerulonephritis (APSGN)
    - Poststreptokokkenarthritis

Literatur

Quellenangabe

- [1] Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. S2k-Leitlinie Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln –Tonsillitis (08/2015). Im Internet: https://register.awmf.org/assets/guidelines/017–024l_S2k_Tonsillitis_Gaumenmandeln_2015–08-abgelaufen.pdf; Stand: 24.02.2023

Literatur zur weiteren Vertiefung

- [1] Buer J, Daser A, Lang S, Stähr K. Meso- und Hypopharynx – Entzündungen. In: Guntinas-Lichius O, Klußmann J, Lang S, Hrsg. Referenz HNO-Heilkunde. Stuttgart: Thieme; 2021
- [2] Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.; S3-Leitlinie

Halsschmerzen. AWMF-Register-Nr. 053-010 DEGAM-Leitlinie Nr. 14, 12/2021. Im Internet: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-010_Halsschmerzen/oeffentlich/053-010l_Halsschmerzen_07-12-2021.pdf; Stand: 08.09.2023

- [3] Hoppe F, Knuf M. Tonsillektomie und Tonsillotomie. HNO-ärztliche und pädiatrische Sicht. Monatsschr Kinderheilkd 2012; 160: 1251–1264
- [4] Reiß M. Facharztwissen HNO-Heilkunde. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer; 2021
- [5] Schroten H, Tenenbaum T: Pädiatrische Antiinfektiva direkt. Stuttgart: Thieme; 2011

Quelle:

Lentzen A, Lüers J. Angina tonsillaris. In: Kerbl R, Reiter K, Wessel L, Hrsg. Referenz Pädiatrie. Version 1.0. Stuttgart: Thieme; 2024.

Shortlink: https://eref.thieme.de/12526PCM